

**فرم درخواست پوشش بیمه تکمیلی درمان کارکنان دانشگاه علوم پزشکی گانان**  
**(مخصوص درخواست جدید و با اضافه کردن افراد تحت تکفل)**

اینجانب نام..... نام خانوادگی..... تاریخ تولد: ...../...../..... ۱۳..... نام پدر..... شماره شناسنامه..... جنسیت: مرد  زن  کد ملی..... نوع استخدام رسمی  پیمانی  قراردادی  شرکتی  تاریخ استخدام..... شاغل در واحد..... شماره دفترچه بیمه..... نام بیمه گر اول..... مشخصات افراد تحت تکفل خویش را به شرح زیر اعلام می دارم:

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد	نام بیمه گر اول	شماره دفترچه بیمه گر اول	جنسیت	نسبت با بیمه شده اصلی
۱										
۲										
۳										
۴										
۵										

**توجه: بیمه گذار محترم، اطلاعات را با دقت و آرد نمایندید (در صورت وارد نمودن اطلاعات نادرست، هنگام پرداخت خسارت های درمان با مشکل مواجه خواهد شد)**

آدرس:..... تلفن همراه:..... تلفن منزل:..... کدپستی..... شماره حساب همراه بانک رفاه برای نیروهای رسمی، پیمانی و قراردادی

..... شماره رفاه کارت بانک رفاه برای نیروهای شرکتی:..... برای واریز هزینه درمان

این فرم صرفاً برای فرد شائل به عنوان بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل شامل: همسر و فرزندان کارکنان ذکور و انات طراحی شده و سایر افراد می بایست قانوناً تحت کفالت بیمه شده اصلی قراردانته شمیمه نمایند.

تذکر ۱: کارکنان محترم رسمی، پیمانی، قراردادی و شرکتی زمانی می توانند پدر و مادر و همسر خود را تحت پوشش تکمیلی قرار دهند که خودشان تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار گرفته باشند.

تذکر ۲: افراد مشمول پوشش بیمه ای زمانی می توانند افراد تحت تکفل خود را بیمه نمایند که دارای دفترچه بیمه باشند.

تذکر ۳: برقراری پوشش بیمه ای فرزندان ذکور حداکثر تا سن ۲۲ سالگی و در صورت اشتغال به تحصیل تا سن ۲۵ سالگی تمام (بازارانه اشتغال به تحصیل) و فرزندان انات مشروط به عدم اشتغال به کار و تا اولین ازدواج می باشد.

**مذاکر مورد نیاز، شهکپی صفحه اول دفترچه بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل دارای اعتبار - شهکپی کارت ملی و صفحه اول و دوم شناسنامه فرزندان انات (۸ اسلگی به بالا)**

اینجانب به حسابداری محل خدمت خود وکالت می دهم حق بیمه مربوط به خود و افراد تحت تکفل را کسر و به حساب شرکت بیمه گر واریز نماید.

مهر و امضاء مسئول کارگزینی محل خدمت:

امضاء نماینده رفاهی محل خدمت:

امضاء بیمه شده اصلی: - تاریخ تکمیل فرم

رونوشت: اداره رفاه دانشگاه  بیمه شده  واحد رفاه محل خدمت